

# TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN VÍCTIMAS DE DESASTRES EN EL ECUADOR<sup>1</sup>

B. R. Lima,<sup>2</sup> H. Chávez,<sup>3</sup> N. Samaniego<sup>4</sup> y S. Pai<sup>5</sup>

*Aunque varios estudios han demostrado la presencia de trastornos de estrés postraumático en personas afectadas por desastres naturales, todavía quedan por responder preguntas sobre su gravedad. En este artículo se presenta información obtenida en el estudio realizado en 1987 sobre las víctimas del terremoto que azotó una zona del Ecuador, se muestra que muchas de esas víctimas padecían trastornos psiquiátricos diagnosticables y se comenta la naturaleza de dichas alteraciones.*

En la década de los ochenta, se reconoció cada vez más la importancia de los problemas psicosociales de las víctimas de desastres (1) y diversos informes señalaron la presencia de trastornos emocionales y psiquiátricos en niños (2) y adultos (3) que viven experiencias de ese tipo. Aunque esos patrones de respuesta emocional se han documentado mejor en los países desarrollados, las consecuencias psicosociales de los desastres en los países en desarrollo no han sido tan bien estudiadas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la distribución geográfica de los desastres en el mundo no es uniforme y que su frecuencia es desproporcionada en los países en desarrollo en términos de pérdida de

vidas humanas y del número de personas afectadas. Más importante es señalar que, si bien la cifra de personas fallecidas a consecuencia de los desastres es muy elevada, es mucho más alta la de individuos afectados. En los países en desarrollo, la razón entre personas fallecidas y afectadas es de 32,9, razón más de 10 veces más elevada que la observada en los países desarrollados (4). Además, por lo general, los individuos de los estratos socioeconómicos más bajos son los más gravemente afectados (5).

En consecuencia, las víctimas de desastres que probablemente afrontan las mayores dificultades psicosociales después de una catástrofe son las personas que tienen menos acceso a los servicios de salud en general (6) y a los de salud mental en particular (7), porque viven en países con escasos recursos y constituyen los sectores más pobres de la población de esos países. Estas observaciones subrayan la necesidad de ofrecer servicios de salud adecuados para abordar los variados y considerables problemas biopsicosociales del elevado número de personas

<sup>1</sup> Este estudio fue financiado parcialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental (contrato IR03 MH 44267-01A1), el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Central del Ecuador y la División de Salud Mental del Ministerio de Salud del Ecuador.

<sup>2</sup> The Johns Hopkins University, School of Medicine, Department of Psychiatry, School of Hygiene and Public Health. Dirección Postal: 188 Adolf Meyer Building, The Johns Hopkins Hospital, 600 N. Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205, Estados Unidos de América.

<sup>3</sup> Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

<sup>4</sup> Universidad Central del Ecuador, Departamento de Psiquiatría, Ministerio de Salud, División de Salud Mental, Quito, Ecuador.

<sup>5</sup> The Johns Hopkins University, School of Medicine, Department of Psychiatry, Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América

afectadas para las que es difícil acceder a un especialista en salud mental. Por ello, es preciso diseñar y aplicar estrategias alternativas que no incluyan únicamente al sector de salud mental (8).

La atención primaria de salud ha sido propuesta como la única estrategia capaz de hacer llegar los servicios de salud de los países en desarrollo a quienes más los necesitan (9). La salud mental es un componente integral de la atención primaria (10), pero durante mucho tiempo no se ha subrayado suficientemente la función del sector de atención primaria en la provisión de servicios de salud a las víctimas de desastres. Esto puede obedecer en parte a la creencia de que las víctimas con problemas emocionales importantes no acuden a los consultorios de atención primaria de salud.

Con el fin de abordar estos problemas, se elaboró un proyecto a largo plazo para investigar la función del sector de atención primaria en la prestación de servicios de salud mental a víctimas de dos importantes desastres naturales que ocurrieron en América Latina. En 1985, en Colombia hizo erupción un volcán que produjo un alud de lodo que destruyó por completo el pueblo de Armero. En dicha erupción fallecieron 80% de sus 30 000 habitantes. Los sobrevivientes fueron alojados en campamentos y, posteriormente, reubicados en pueblos vecinos. En informes anteriores se señaló la alta prevalencia de trastornos emocionales entre las víctimas adultas que vivían en campamentos (11) y la elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las personas emocionalmente perturbadas (12). También se notificó que, entre los pacientes adultos que acudieron a las clínicas de atención primaria de salud en la zona del desastre, hubo una proporción elevada de individuos con importantes perturbaciones emocionales (13) y que, nuevamente, la mayoría de estas personas padecían trastornos emocionales clínicamente diagnosticables (14).

No obstante, el desastre de Armero fue una situación extrema con una tasa de letalidad muy alta, que causó múltiples problemas de salud entre los supervivientes

(15). Por lo tanto, es lícito poner en tela de juicio la aplicabilidad de los hallazgos de este estudio a desastres menos extremos que, en realidad, son más frecuentes. Además, sería importante repetir la investigación original en un desastre menos grave, utilizando el mismo diseño e instrumentos para el estudio. Cuando la provincia norteña de Imbabura en Ecuador fue devastada por seísmos en la noche del 5 de marzo de 1987, surgió la oportunidad para llevar a cabo esa repetición.

Por medio de la administración del *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) (16), se llevó a cabo el tamizaje de los integrantes de una muestra de víctimas adultas que acudieron a 10 consultorios de atención primaria de salud y, nuevamente, se encontró un alto grado de estrés emocional. Se comprobó que, en comparación con las víctimas del desastre de Armero que presentaban estrés emocional, en las víctimas del Ecuador la prevalencia de este trastorno fue menor. Sin embargo, la frecuencia de los síntomas en ambos grupos fue similar, los perfiles sintomáticos fueron notablemente parecidos, así como los síntomas más frecuentes y los principales indicadores de estrés emocional (17).

Aunque 10% de las víctimas emocionalmente perturbadas del desastre de Armero que acudieron a los consultorios de atención primaria en la zona padecían un trastorno psiquiátrico diagnosticable, se desconocía si las víctimas de un desastre menos grave con niveles similares de alteración emocional tendrían trastornos psiquiátricos diagnosticables o solo presentarían una morbilidad psiquiátrica que no llegaría a satisfacer los criterios para establecer un diagnóstico psiquiátrico formal. Para abordar este problema, se efectuó una entrevista psiquiátrica a los individuos de una submuestra de las víctimas ecuatorianas. Los resultados obtenidos en el SRQ fueron positivos y se presentan en el presente trabajo.

# MATERIALES Y MÉTODOS

Tres meses después de los seísmos de 1987 que devastaron las provincias norteñas del Ecuador, se seleccionó una muestra de 150 pacientes adultos consecutivos en 10 consultorios de salud de la zona. Estos pacientes habían acudido a los consultorios por algún problema físico y fueron asistidos por el médico general. Para realizar el tamizaje (*screening*) de los pacientes se utilizó el SRQ inmediatamente después de visitar al médico general. El SRQ es un instrumento sencillo y confiable, usado y convalidado ampliamente en consultorios de atención primaria para detectar trastornos emocionales en diversos países en desarrollo (18), como el Brasil (19), Nicaragua (20) y Colombia (12). También fue empleado en un importante proyecto en colaboración con la OMS que incluyó a siete países en desarrollo (16). El SRQ está constituido por 20 preguntas destinadas a obtener información para evaluar síntomas neuróticos y 4 para tamizar síntomas psicóticos. Dada la importancia del abuso del alcohol, también se incluyeron cuatro preguntas relacionadas con este problema, que se elaboraron en consulta con el personal del Programa Ecuatoriano de Lucha contra el Alcoholismo. Aunque el cuestionario puede ser autoadministrable, el alto grado de analfabetismo que existe en la población estudiada obligó a que varios profesionales de salud mental lo administraran. Estas personas habían recibido un adiestramiento especial en su empleo. Se consideró emocionalmente perturbados y, por consiguiente, como posibles casos psiquiátricos, a los sujetos que obtuvieron 8 ó más puntos en la subescala neurótica o 1 ó más puntos en la subescala psicótica o en las preguntas vinculadas con el consumo de alcohol. Estos límites de inclusión resultaron adecuados cuando se aplicaron a las víctimas de Armero (12).

Posteriormente, se envió una submuestra de estos pacientes a un psiquiatra, quien llevó a cabo una entrevista psiquiátrica semiestructurada. Ningún paciente se

negó a participar en el estudio. Los entrevistadores fueron dos de los coautores de este trabajo, que estaban familiarizados con los problemas de salud mental provocados por desastres naturales y habían sido adiestrados en el empleo de los instrumentos de la investigación. El tamizaje y la entrevista se efectuaron el mismo día. A causa de los limitados recursos para realizar el examen psiquiátrico, solo se entrevistó, aproximadamente, a uno de cada dos pacientes con trastornos emocionales.

La entrevista psiquiátrica se basó en el formato usado habitualmente en los servicios psiquiátricos del Ecuador, al cual se agregó una lista estandarizada de verificación de síntomas para obtener diagnósticos DSM-III (21). Se solicitó a los psiquiatras participantes que completaran el formulario de la entrevista y registraran su diagnóstico clínico. A continuación, los psiquiatras completaron la lista de verificación de síntomas marcando los que habían identificado. El tercer coautor revisó los síntomas marcados en esa lista y formuló un diagnóstico DSM-III. Se definió a un paciente como caso psiquiátrico cuando en la entrevista semiestructurada el clínico había emitido un diagnóstico psiquiátrico que cumplía con los criterios DSM-III. Cuando no se satisfacían los criterios DSM-III por solo un criterio, pero en la entrevista clínica se habían obtenido pruebas fehacientes de que el sujeto presentaba un trastorno mental diagnosticable, se consideró que el sujeto era un caso psiquiátrico.

Para calcular el grado de significación estadística de las diferencias observadas en los sujetos con y sin trastornos psiquiátricos en relación con variables cualitativas, se utilizó la prueba de ji cuadrado, y con las variables cualitativas, la prueba *t* de Student. En ambos casos, el error de tipo I (alfa) elegido fue 0,05.

# RESULTADOS

Inicialmente, con el SRQ se realizó el tamizaje de 150 pacientes; 60 obtuvieron una calificación positiva ("caso probable") y se entrevistó a 37 (62%). A continuación, se compararon las variables sociodemográficas, de experiencia en desastres y de salud mental de los sujetos que habían obtenido una calificación positiva en el SRQ ( $n = 37$ ) con las de los no entrevistados ( $n = 23$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto al sexo, la raza, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, el estado físico y emocional autoevaluado y la experiencia en desastres. El grupo entrevistado tenía una media de edad significativamente más alta (40,0 frente a 28,1;  $P = 0,014$ ) y las puntuaciones medias obtenidas en la subescala neurótica fueron más elevadas (10,9 frente a 7,8;  $P = 0,002$ ).

A continuación, se analizaron los resultados de las 37 entrevistas psiquiátricas. En 29 (78%) sujetos se estableció un diagnóstico psiquiátrico formal y en ocho (22%) no se diagnosticaron trastornos psiquiátricos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre esos dos grupos en relación con sus características sociodemográficas, estado físico y emocional autoevaluado y puntuaciones medias obtenidas en las subescalas neurótica o psicótica (cuadro 1).

La distribución de los diagnósticos psiquiátricos muestra que hubo 17 casos con trastornos de estrés postraumático, 7 con depresión grave, 1 con abuso de alcohol, 2 con trastornos de ansiedad generalizada, 1 con trastorno de pánico (*panic disorder*) y uno con factores psicológicos que complicaban una enfermedad física.

# DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan que la morbilidad psiquiátrica en los pacientes adultos que acuden a consultorios

de atención primaria de salud tres meses después de un desastre importante es considerable.

En el estudio anterior realizado con ese tipo de víctimas (17), se estimó una prevalencia de trastornos emocionales de 10%. De los individuos entrevistados que obtuvieron una puntuación positiva en el SRQ ( $n = 37$ ), 78% presentaba trastornos que se ajustaban a los criterios conservadores para establecer un diagnóstico psiquiátrico (es decir, no se estableció el diagnóstico cuando existían dudas sobre la presencia o ausencia de un síntoma o cuando el individuo cumplía con todos los criterios excepto uno). Esto indica que los pacientes que acudieron a consultorios de atención primaria después de un desastre con un alto grado de perturbación emocional detectado por el instrumento de tamizaje, presentaban trastornos psicológicos graves que se pueden incluir en dos categorías básicas: trastornos de estrés postraumático y depresión grave. Según estos resultados se puede afirmar que: (1) tres meses después de un desastre natural importante en un país en desarrollo los pacientes adultos que acudieron a los consultorios de atención primaria de salud de la zona presentaban una considerable morbilidad psiquiátrica; (2) esos problemas emocionales van más allá de la simple perturbación y satisfacen los criterios para un diagnóstico DSM-III, y (3) los diagnósticos más frecuentes son el estrés postraumático y la depresión grave.

Si bien la falta de un grupo de control no permite afirmar a partir de esos datos que la prevalencia de trastornos psiquiátricos identificada en la muestra difiere significativamente de la prevalencia en comunidades no afectadas, los datos de otros estudios señalan que existe esa diferencia (16). En primer lugar, la prevalencia de perturbaciones emocionales observada en pacientes adultos que acuden a consultorios de atención primaria de salud en los países en desarrollo, estimada por medio del SRQ, es de

**CUADRO 1. Características sociodemográficas seleccionadas y variables de salud mental de las personas entrevistadas con y sin diagnóstico psiquiátrico**

Características		Diagnóstico psiquiátrico		P
		Ningún trastorno (n = 8)	Algún trastorno (n = 29)	
Sexo	Hombre	12,5	20,7	N.S.
	Mujer	87,5	79,3	
Edad (años)	18-44	62,5	62,1	N.S.
	45-64	37,5	13,0	
	65+	...	24,1	
	Media	41,2 ± 21,7	36,9 ± 17,5	
Escolaridad (años)	Ninguna	12,5	7,4	N.S.
	1-6	50,0	63,0	
	7-12	37,5	22,2	
	13+	...	7,4	
Estado civil	Soltero	50,0	27,6	N.S.
	Casado/Matrimonio consensual	37,5	51,7	
	Separado	...	6,9	
	Viudo	12,5	13,8	
Ocupación	Ama de casa	37,5	67,8	N.S.
	Trabajador no calificado	12,5	3,6	
	Trabajador calificado	37,5	28,6	
Estado físico autoevaluado	Excelente/bueno	12,5	27,6	N.S.
	Regular/malo	87,5	72,4	
Estado emocional autoevaluado	Excelente/bueno	50,0	31,0	N.S.
	Regular/malo	50,0	69,0	
Cuestionario autoadministrado	Puntuación neurótica media	10,8 ± 3,5	11,3 ± 3,8	N.S.

N S = No significativo

13,9%, cifra casi tres veces menor que la prevalencia encontrada en los pacientes en una situación posterior a un desastre. En segundo lugar, los trastornos psiquiátricos detectados en personas emocionalmente perturbadas en situaciones ordinarias son de menor gravedad (22) y se caracterizan por estados depresivos o de ansiedad (23). En los países en desarrollo, las neurosis depresivas y de ansiedad constituyen 80% de los diagnósticos psiquiátricos (24). Por el contrario, los trastornos de tensión postraumática son poco frecuentes o no existen. En el presente caso, 46% de los individuos entrevistados padecían estos trastornos, lo cual indica que existe

una asociación entre la experiencia traumática y los trastornos psicopatológicos posteriores.

Estos resultados confirman y amplían los obtenidos con las víctimas adultas de Armero que acudieron a consultorios de atención primaria de salud. En esa ocasión, se habían encontrado niveles y tipos similares de síntomas psiquiátricos entre las víctimas ecuatorianas y las de Armero. En el

presente caso se comprueba que los trastornos psiquiátricos se presentan también en estos dos grupos de víctimas con la misma frecuencia y con una distribución similar de los diagnósticos psiquiátricos. Aun cuando el desastre del Ecuador tuvo menos repercusiones en la zona, los trastornos psiquiátricos entre sus víctimas fueron semejantes a los observados en el caso de la catástrofe de Armero, considerablemente más devastadora. Los hallazgos combinados apoyan la opinión de los autores de que, en una situación posterior a un desastre, las personas que trabajan en atención primaria de salud en un país en desarrollo deberán atender a una proporción considerable de pacientes adultos con trastornos psiquiátricos cuya sintomatología puede ser muy similar, independientemente de la magnitud de los efectos del desastre.

En consecuencia, la función tradicional del sector especializado en salud mental de proporcionar servicios directos a los pacientes debe modificarse para incluir otras funciones: formación, capacitación y supervisión de las personas que trabajan en atención primaria de salud en aquellas áreas que se relacionan específicamente con la salud mental en casos de desastre. El contenido de la enseñanza puede concentrarse en la detección y el tratamiento por esos trabajadores de algunos trastornos psiquiátricos que aparentemente se presentan con regularidad en diversos tipos de desastre e incluir instrucciones claras sobre el envío de determinado tipo de pacientes al especialista en salud mental.

## CONCLUSIONES

Este estudio confirma que la morbilidad psiquiátrica después de un desastre en un país en desarrollo es elevada. La investigación también revela que, tres meses después de un desastre, los pacientes adultos con problemas emocionales constituyen una gran proporción de los enfermos atendidos en los consultorios de atención primaria de salud y que su nivel de perturbación emocional satisface los criterios para efectuar

un diagnóstico DSM-III. También subraya el hecho de que desastres de distintas magnitudes pueden producir tipos similares de trastornos psicopatológicos a los que se debe ofrecer la atención apropiada.

Los datos de este estudio coinciden con muchas de las observaciones efectuadas con las víctimas de Armero, destacan la similitud de los trastornos psiquiátricos padecidos por víctimas de desastres de distintas magnitudes y justifican los esfuerzos para elaborar y utilizar un manual sobre salud mental en casos de desastres destinado a capacitar a los trabajadores de atención primaria de salud de América Latina.

## REFERENCIAS

1. Lystad M, ed. *Mental health response to mass emergencies: Theory and practice*. New York: Brunner, Mazel; 1988.
2. Aptekar L, Boore JA. The emotional effects of disaster on children; A review of the literature. *Int J Mental Health*. 1990;19:77-90.
3. Shore J, Tatum E, Vollner W. Evaluation of mental health effects of disaster, Mount St. Helen's Eruption. *Am J Public Health*. 1986;76(Suppl):76-83.
4. United States Agency for International Development, Office of Foreign Disaster Assistance. *Disaster history, significant data in major disasters worldwide, 1900-present*. Washington, D.C.: USAID; 1986.
5. United Nations Disaster Relief Coordinator. Volume 2: *Preparedness aspects*. En: *Disaster prevention and mitigation*. New York: UN; 1984.
6. Soberón Acevedo G, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y dilemas. *Bol Of Sanit Panam*. 1985;99:1-9.
7. Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. Measuring the need for mental health services in a general population. *Med Care*. 1985;23:1033-1043.

8. Lima B. Primary mental health care for disaster victims in developing countries. *Disasters*. 1986;10:203-204.
9. World Health Organization. *Primary Health Care. A Joint Report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund*. Geneva: WHO; 1978.
10. Sartorius N. Mental health in primary health care. *Int J Mental Health*. 1988;17:5-12.
11. Lima B, Pai S, Santacruz H, Lozano J. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76:561-567.
12. Lima B, Pai S, Santacruz H, Lozano J. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179:420-427.
13. Lima B, Pompei MS, Santacruz H, Lozano J, Pai S. La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre. Experiencia en Armero, Colombia. *Salud Mental*. 1989;12:6-14.
14. Lima B, Pai S, Caris L, et al. Psychiatric disorders in primary health care clinics one year after a major Latin American disaster. *Stress Med*. 1991;7:25-32.
15. Gueri M, Pérez LA. Medical aspects of the "El Ruiz" avalanche disaster, Colombia. *Disasters*. 1986;10:150-157.
16. Harding TW, de Arango MV, Baltasar J, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-241.
17. Lima B, Chávez H, Samaniego N, et al. Disaster severity and emotional disturbance: implications for primary mental health care in developing countries. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:74-82.
18. Kortman F, Horn ST. Comprehension and motivation in responses to a psychiatric screening instrument: validity of the SRQ in Ethiopia. *Br J Psychiatry*. 1988;153:95-101.
19. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-10) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148:23-26.
20. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82:82-85.
21. Helzer JE. *DSM-III criteria checklist: stand-alone version*. St. Louis: Washington University, School of Medicine, Department of Psychiatry; 1984.
22. Cheng TA. Symptomatology of minor psychiatric morbidity: a cross cultural comparison. *Psychol Med*. 1989;19:697-708.
23. Nielsen AC, Williams TA. Depression in ambulatory medicine patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:999-1004.
24. World Health Organization. *Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. Report of a WHO Study Group*. Geneva: WHO; 1984. (Technical report series 698).

## SUMMARY

### PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG EMOTIONALLY DISTRESSED DISASTER VICTIMS ATTENDING PRIMARY MENTAL HEALTH CLINICS IN ECUADOR

stress disorders in a substantial share of the people living through a natural calamity, but questions have remained as to the severity of these mental health problems. This article reports information derived from a 1987 study of Ecuadorian earthquake victims that shows many of the victims had diagnosable psychiatric disorders and provides insight into the nature of those disorders.

Previous studies in developing countries have demonstrated post-disaster